

避難行動要支援者登録申請書兼個別計画

柏崎市長 様

私は、災害発生時に地域の支援を受けたいので、下記の内容を避難行動要支援者台帳に登録するとともに、この個別計画書の情報を避難支援等関係者（地区コミュニティ振興協議会、自主防災組織（自主防災組織が結成されていない地域は町内会）、民生・児童委員、消防団）及び市防災部局・福祉部局に平時から提供されることに同意します。

申請年月日 年 月 日

（申請者）

氏名

※本人が自署できない場合は、代筆者が署名し、
代筆者について右欄に記入してください。

代筆者（代筆の場合のみ記入してください）

住 所

氏 名

連絡先

申請者との続柄

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
住所		電話	自宅
			携帯
支援が 必要な 理由	当てはまるものに☑をつけ、要介護・身体障害の場合は、区分に○を付けてください。 ☐ 要介護認定 介護度（ 3 ・ 4 ・ 5 ） ☐ 身体障害者手帳（ 1 級 ・ 2 級 ） ☐ 精神障害者保健福祉手帳 1 級 ☐ 療育手帳A ☐ 難病患者 ☐ その他（ ）	町内会	
		浸水想定区域	（不明な場合は市で記入します。）
		土砂災害警戒区域	（不明な場合は市で記入します。）
		避難所	
世帯 状況	当てはまるものに☑をつけ、人数をお書きください。 ☐ 一人暮らし ☐ 高齢者のみ 本人含む 人 ☐ その他 （日中 人、 夜間 人）		

（裏面に続く）

当てはまるものに☑をつけてください。

身体状況	☐ 寝たきり(歩行できない) ☐ 車いす(歩行できない) ☐ 足が不自由 ☐ 目が不自由 ☐ 耳が不自由 ☐ 避難の判断が困難 ☐ その他()
避難時に必要な支援	☐ 避難所までの搬送 ☐ 避難所までの付添い ☐ 避難時の声かけ ☐ 避難所への避難困難(人工呼吸器や人工透析が必要など)
持っている器具	☐ 特になし ☐ 車いす ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 人工呼吸器 ☐ その他()
かかりつけ医院	
お薬情報	☐ あり ☐ 特になし

担当福祉事業所 (担当ケアマネ等)		電話	
----------------------	--	----	--

特記事項 (特別な事情等があれば記入)	
------------------------	--

緊急連絡先(親族など緊急時に安否を把握している人)をお書きください。

緊急連絡先			
氏名	住所	電話	続柄
		自宅	
		携帯	
		自宅	
		携帯	

地域支援者をお書きください。

地域支援者（災害時にあなたが避難する際の協力者となる方です。できる範囲での支援であり、責任や義務が伴うものではありません。相手の了承を得て記入してください。）

氏名	住所	電話
		自宅
		携帯
		自宅
		携帯

